DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
SERVICIOS REHABILITATIVOS PARA NIÑOS (CRS)

Favor de enviar éste forma a la clínica más cercana

124 W. Thomas Rd., Phoenix, AZ 85013 (800) 392-2222 **Tel** (602)406-5731 **Fax** (602) 406-7166
2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712 (800) 231-8261**Tel** (520)324-5437 **Fax** (520)324-3084
1200 N. Beaver, Flagstaff, AZ 8586001 (800) 232-1018 **Tel** (928)773-2054 or **Fax** (928)773-2286
2400 S. Avenue A, Yuma, AZ 85364 (800) 837-7309 **Tel** (928)336-7095 or **Fax** (928)336-7497

APLICACIÓN PARA CRS

Fecha de Hoy:

Nombre del Niño/a (Apellido, Primer, Segundo)	Raza	Sexo ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento (Mes/Dìa/Año)
Nombre del Padre o Tutor (Apellido, Primer, Segundo)		Parentesco a el Paciente ☐Padre Natural ☐Adoptivo ☐Tutor ☐Otro	
Dirección Calle Ciudad Estado Código Postal Condado			Ciudadano de EU ☐ Si ☐ No
Teléfono del Hogar ( ) -	Teléfono Celular/Mensaje ( ) -	Teléfono de Trabajo ( ) -	Correo Electrónico
En Caso de Emergencia (Nombre, Relación, Dirección, Teléfono)			
Médico Primario del Niño/a(s)	Dirección		Número de Teléfono
Referido por: (Nombre, Dirección, Teléfono) (Éste individuo verifica que los padres/tutores del niño/a(s) han sido notificados sobre está referencia) RAZÓN POR LA REFERENCIA A CRS:			
Lista de Diagnosis Principales (e.g. Labio Leporino, Parálisis Cerebral, VSD, etc.) **SI DISPONIBLE, FAVOR DE ENVIAR COPIAS DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS, ADJUNTO.** 1) 4) 2) 5) 3) 6)			
Lista de alergias conocidas 1) 2) 3) 4)			
¿Ha recibido el niño/a anteriormente servicios de CRS? ☐ Si ☐No	¿Año?	¿Donde?	¿Idioma Primario?
Nombre de la Persona que completó ésta forma	Dirección	Teléfono ( ) -	Parentesco a el Paciente

PERMISO PARA OBTENER LOS EXPEDIENTES MÉDICOS
Por este medio autorizo a los Servicios Rehabilitativos para Niños a través de los contratistas autorizados, de solicitar y obtener fotocopias de los expedientes médicos referente al paciente nombrado arriba:

Obtener expedientes médicos del:
Médico de Cuidado Primario: _____ Dirección _____
Especialista: _____ Dirección _____
Especialista: _____ Dirección _____
Terapeuta/Educación: _____ Dirección _____

Éste consentimiento se vence un año después de la fecha firmada. Doy mi consentimiento libremente, voluntariamente y sin coacción. Yo puedo revocar está autorización en cualquier momento, solo tengo que notificar a la clínica de Servicios Rehabilitativos Para Niños por escrito. Yo comprendo que una fotocopia o facsímile de está autorización es considerada aceptable en lugar de la original.

_____ _____ _____
Firma del Consentimiento del Padre/Tutor Fecha Parentesco a el Paciente

Plan de AHCCCS ☐Si ☐No Aseguranza Médica ☐Si ☐No Favor de incluir una copia de la tarjeta de información de aseguranza.

PARA USO DE LA CLINICA DE CRS				
Aplicación Revisada Por:		Fecha	Aprobada	
Clínica de Especialidad:				
PENDIENTE Exámenes dìagnosticos	PENDIENTE documentación médica	NEGAR - no documentación médica	NEGAR – no elegible médicamente	NEGAR – Otra razón

Revisión: 2/5/2007